

## بررسی تجربیات مادران از چگونگی افشای خبر بد توسط پرسنل بهداشتی درمانی در مورد مرگ و میر جنینی - نوزادی

منیژه سرشتی<sup>۱\*</sup>، احمد ایزدی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت 1392/03/03 تاریخ پذیرش 1392/05/27

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** افشای خبر بد برای والدین در دوره پریناتال به طور ویژه مشکل بوده و بخش مهمی از آموزش و مشاوره با بیمار به حساب می‌آید. این مطالعه با هدف کشف تجربیات مادران با سابقه مرگ و میر و یا ناهنجاری جنینی در دوره پریناتال از افشای خبر بد انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، یک مطالعه کیفی است که در سال ۱۳۹۱ در شهرکرد انجام شد. این تحقیق با مشارکت ۳۸ نفر از مادران دریافت کننده خبر بد در زمینه مرگ‌ومیر و ناهنجاری در دوره پریناتال (سقط، مرگ داخل رحمی، مرده زایی و ناهنجاری جنینی و مرگ در دوره نوزادی) انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه باز، جمع‌آوری و با استفاده از روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** داده‌های تحقیق از تجربیات مادران از چگونگی و انتظارات آنان از دریافت خبر بد در ۵ درون‌مایه نحوه ارتباط، عوامل حمایت کننده، عوامل تسهیل کننده، ویژگی‌های محیطی، و فرد افشا کننده هنگام انتقال خبر بد توسط مشارکت کنندگان بیان شد. **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه آنچه را که برای مادران هنگام دریافت خبر بد در دوره پریناتال مهم است را مشخص نمود. اگر چه تحقیقات بیشتری در این حوزه مورد نیاز است. ما امیدواریم که یافته‌های این تحقیق بتواند به عنوان یک راهنما جهت ارتباط مؤثر پرسنل بهداشتی درمانی هنگام انتقال خبر بد بکار گرفته شود. **کلید واژه‌ها:** خبر بد، تجربیات مادری، مرگ و میر جنینی و نوزادی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره هفتم، پی در پی 48، مهر 1392، ص 555-545

آدرس مکاتبه: شهرکرد، رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۳۱۸۳۸۴۳۸

Email: m\_sereshti@yahoo.com

### مقدمه

مهارت‌های ارتباطی سنگ بنای قابلیت بالینی هستند و نقش بسزایی در ارتقاء پیامدهای بهداشتی، درمانی و رضایت‌مندی بیماران دارد. مهارت انتقال خبر بد یکی از مهارت‌های تخصصی در زمینه ارتباط پزشک-بیمار می‌باشد. به طور کلی، خبر بد به هر خبری گفته می‌شود که تأثیر منفی در دید فرد نسبت به آینده ایجاد کند (۱). خبر بد «فقط در حوادث جاریه و شرایط محقق شده نامطبوع خلاصه نمی‌شود. گاهی عدم وقوع امری و یا عدم استماع مطلبی، ناخوشایند تلقی می‌گردد و البته عکس این موارد نیز صادق است. در کنار این موضوع، تلقی و ارزیابی افراد مختلف از موقعیت سلامتی‌شان، متناسب با انتظارات و توقعات قبلی آنان و

همچنین استنباط خاص آنان از آن خبر خاص ممکن است

خبری خوب یا بد قلمداد شود (۲).»

هر پزشک در طول زندگی خود ممکن است بارها مجبور شود اخبار بد را به بیماران و خانواده‌هایشان منتقل کند. در طی مراقبت‌های دوران بارداری افشای یک تشخیص غیر طبیعی غیر قابل اجتناب است. بنابراین هر یک از پرسنل بهداشتی درمانی که وظیفه مراقبت از زنان باردار را به عهده دارند، گاهی ناگزیر هستند خبر بد را برای بیمار و خانواده وی اعلام نمایند (۳). تولد نوزاد باید زمانی جهت شادی و هیجان فراوان برای خانواده باشد. به کسانی که در چنین محیط‌های کار می‌کنند غالباً شاهد چنین شادی‌هایی هستند. بر اساس مستندات موجود، اولین چیزی که والدین بعد از تولد نوزاد می‌خواهند بدانند سلامت نوزاد است.

<sup>۱</sup> مربی، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری واحد بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده علوم تربیتی دانشگاه امام حسین (ع) تهران، ایران

گاهی اوقات این پرسش مطرح و گاهی مطرح نمی‌شود، با این وجود، با شناسایی ناهنجاری مادرزادی در نوزاد، ارزشمندترین لحظات زندگی والدین می‌تواند به سرعت به استرس پس از صدمه تبدیل شود (۴). شیوه ارتباط در این موقعیت بحرانی بی‌نهایت مهم است چرا که تأثیر اولیه گفتن ناهنجاری به والدین همواره نسبت به وجود خود ناهنجاری فیزیکی واقعی با و یا بدون نقایص ظاهری تخریب کننده تر است (۵).

انتقال پیام‌های نامطلوب رابطه بین پزشک و بیمار را تحت تأثیر شدید خود قرار می‌دهد، حتی می‌توان گفت، این نوع ارتباط یکی از بحرانی‌ترین انواع ارتباط بین پزشک و بیمار است که طی آن پزشک موظف است اخبار و اطلاعات ناخوشایند مربوط به تشخیص بیماری خطرناک، عود یا درمان ناموفق بیماری را در اختیار بیمار یا خانواده وی قرار دهد. به نظر می‌آید که اطلاع رسانی اخبار بد از جزئیات روان شناختی ظریفی برخوردار است که گوینده‌ی آن ناگزیر از توجه به آن‌ها است. در حقیقت مطالعات نشان داده‌اند که نحوه‌ی اعلام خبر بد بر رضایت بیماران از مراقبت‌های دریافتی و سازگاری روان شناختی آنان تأثیر می‌گذارد (۶). علیرغم اهمیت مهارت‌های ارتباطی هنگام انتقال پیام‌های نامطلوب، این امر طی دوران آموزش پزشکی و حرف و ابسته کمتر مورد توجه قرار گرفته است. اما با ورود پزشکان به محیط کار، انتقال خبر بد به یک ضرورت تبدیل می‌شود. به ویژه در پزشکی جنینی، جایی که خبر بد به طور مکرر اتفاق می‌افتد و نیاز به افرادی با تجربه بالا و غنی در این زمینه وجود دارد (۳). باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است. اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود، ممکن است به یک احساس مخرب و یک واقعه تنش زا بدل گشته و منجر به مختل شدن سلامت روانی فرد شود (۷). شناسایی نیازهای عاطفی و ارزش‌های فرهنگی در رابطه با باروری می‌تواند پزشکان را در جهت یافتن راهکارهای مناسب همگام با افزایش سن حاملگی و یا ختم بارداری در زمان مناسب کمک نماید (۸). دادن خبر بد موضوعی عاطفی برای پرسنل بهداشتی و درمانی و بیماران است (۹). دیدگاه کلی نسبت به یک تجربه مثبت و یا منفی خبرهای بد می‌تواند در تطبیق بعدی بیمار تأثیر گذارد (۹). انتقال خبر بد به والدینی که به تازگی صاحب کودکی با ناتوانی جسمی و یا تکاملی شده‌اند می‌تواند برای منتقل کننده خبر بسیار مشکل و برای والدین تخریب کننده باشد (۱۰).

تجرباتی که والدین در هنگام افشای خبر بد بدست می‌آورند، نقش مهمی در درک خانواده از کودک ناتوان و تطابق طولانی مدت با او دارد (۹). بنابراین توجه دقیق منتقل کننده خبر در

مورد چگونگی ارائه اطلاعات به خانواده ضروری است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که پزشکان عموماً برای انتقال خبر بد آماده نشده‌اند. اغلب بیماران لحظه خبر بد را نه تنها صرفاً به خاطر خود خبر بد، بلکه به دلیل ناتوانی، بی‌احساسی و عدم دلسوزی مراقبت کنندگان آن را به یاد می‌سپارند (۳). در طی بارداری و یا حین زایمان و پس از آن تشخیص ناگهانی یک ناهنجاری جنینی، مرگ غیر منتظره کودک یا جنین و سقط جنین به طور مکرر دیده می‌شود. در چنین موقعیت‌های فرصت کافی برای دریافت اطلاعات و شناسایی خانواده به منظور چگونگی افشای خبر بد وجود ندارد (۱۱) و در نتیجه پیش بینی نیازهای عاطفی و اطلاعاتی والدین مشکل است. عدم قطعیت پیش آگهی ممکن است موجب بی‌میلی پزشک در ارائه اطلاعات شود. بعلاوه انتظارات اجتماعی و خانوادگی از پیشرفت‌های فناوری و پزشکی که مرگ را یک پدیده قابل اجتناب معرفی می‌نماید، سبب می‌شود اعتبار پزشک هنگام بحث در مورد مرگ غیر قابل اجتناب یک کودک زیر سؤال رفته به ویژه هنگامی که اعتماد به پزشک به وجود نیامده باشد (۱۲).

طیف واکنش‌ها در برابر آگاهی از خبر بد در میان بیماران متنوع است. در تمامی بیماران در فاصله‌ای کوتاه از آگاهی خبر نیاز به حمایت، همدلی، آگاهی بیشتر و نیاز به برنامه ریزی برای مدت زمان باقی و نیز اطلاعاتی در مورد احتمالات مختلف پیش رو در شرایط بالینی و درمانی وی ایجاد می‌شود. توجه دقیق به تفاوت‌های اخلاقی، فرهنگی، اجتماعی، قومی، ویژگی‌های شخصیتی و مذهبی، سطوح هوشی، سن و جنس بیمار در کنار تمرکز ذهنی پزشک و پالایش رفتارهای او در قالبی پخته و مسلط به عناصر روان شناختی و همچنین وضوح کلام پزشک، انتخاب واژگان، لحن و چگونگی چینش واژه‌ها در پی یکدیگر با سرعتی مناسب و تداوم کلام در هر مرحله پس از اطمینان از ایجاد ادراک متقابل از مفاهیم از عوامل مؤثر در مهار واکنش‌های بیمار خواهد بود (۱۳).

عوامل مذهبی و ویژگی‌های فرهنگی بر انتظارات بیماران در مورد چگونگی افشای خبر بد تأثیر می‌گذارد. مطالعات انجام شده در مصر (۱۴) و عربستان سعودی (۹) نشان داد انتظارات بیماران در این مورد به علت عواملی نظیر جایگاه خانواده، اقتدار والدین، اعتقاد به سرنوشت و قضا و قدر با کشورهای غربی متفاوت است.

با توجه به مقدمات فوق‌الذکر و عدم انجام چنین مطالعاتی در کشور ایران و تأثیر عوامل مذهبی (۱۵) و فرهنگی و قومیتی بر چگونگی افشای خبر بد، انجام مطالعه‌ای به منظور کشف و شناسایی تجربیات زنان با سابقه مرگ جنینی یا نوزاد، در مورد چگونگی دریافت خبر بد ضروری به نظر رسید.

## مواد و روش کار

روش‌های تحقیق کیفی تأکید زیادی بر روی جنبه‌های پویا، همه جانبه و فردی تجربیات انسان دارند و می‌کوشند تا این ابعاد را در متن و زمینه پدیده‌ها و از دیدگاه افرادی که آن‌ها را تجربه کرده‌اند بررسی کنند. این مطالعه کیفی با مشارکت ۳۸ نفر انجام شد. جهت انتخاب مشارکت کنندگان از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد تا از تجارب افراد کلیدی و مؤثری که بیشترین اطلاعات را در مورد عوامل زمینه‌ای اثرگذار بر آموزش بالینی بازگو می‌کنند، استفاده شود. مشارکت کنندگان در این مطالعه شامل زنان با سابقه سقط خصوصاً سقط دیررس، مرده زایی و مرگ دوران نوزادی که تمایل به بیان درک و تجربه خویش در این زمینه را داشتند بود.

حجم و تعداد مشارکت کنندگان تا زمان اشباع داده‌ها پیش رفت. محقق از طریق بررسی مرتب داده‌ها و پرسیدن سؤالات، نهایتاً به اشباع داده‌ها و پایان نمونه‌گیری رسید. در زمان حضور مددجو در بیمارستان یا مراکز بهداشتی شماره یک و دو و سه شهرکرد در صورت رضایت زنان با مشکلات فوق شماره تلفن آنان اخذ و شماره تلفن پژوهشگر در اختیار مشارکت کنندگان قرار داده شد تا در صورت انصراف وی از شرکت در پژوهش بتواند به راحتی از پاسخگویی به تلفن اجتناب نماید؛ و سپس در صورت پاسخگویی مشارکت کنندگان به تلفن پژوهشگر ابتدا اهداف مطالعه بیان شد و در صورت رضایت مصاحبه با آنان انجام می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه مصاحبه نیمه ساختارمند بود. مدت زمان مصاحبه به طور متوسط ۴۰ دقیقه طول کشید. به علت عدم رضایت برخی از واحدهای پژوهش جهت ضبط مصاحبه‌ها، کلیه موارد مطرح شده توسط واحدهای پژوهش نوشته شد. مصاحبه با سؤالات دموگرافیک شروع شد و سپس با سؤالات کلی مانند در مورد چگونگی مشکلی که (سقط، مرده زایی یا مرگ نوزاد) برایتان اتفاق افتاده، صحبت کنید. سپس از مشارکت کنندگان خواسته شد تا به توصیف تجربیات و ادراکات خود در خصوص چگونگی دریافت خبر بد (سقط، مرده‌زایی یا مرگ نوزاد) بپردازند. جریان مصاحبه متکی بر سؤالاتی بود که در تعامل بین مصاحبه گر و مصاحبه شونده پیش می‌آمد. پس از توضیحات کامل زن مورد مطالعه، اگر مواردی که طی مصاحبه به آن اشاره نشده بود و مصاحبه شوندگان قبلی به آن اشاره نموده بودند، دیدگاه فرد فعلی را در مورد مشکل مورد نظر بررسی می‌شد. این گفتگوها یادداشت برداری شده و کد بندی شده است. جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها طی ۲ ماه از ۱۵ تیرماه تا ۱۵ شهریور ۱۳۹۰ انجام شد.

تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای مرسوم گرفت. به منظور تعیین اعتبار داده‌ها در پژوهش حاضر از بررسی مداوم داده‌ها؛

تحلیل داده‌ها هم زمان با جمع‌آوری آن؛ مرور کدهای استخراج شده توسط مشارکت کنندگان استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، توضیح اهداف مطالعه برای مشارکت کنندگان، کسب رضایت تلفنی برای شرکت در مصاحبه و آزادانه بودن قطع ارتباط تلفنی در هر زمانی طی مصاحبه و رعایت اصول رازداری صورت گرفت.

## یافته‌ها

از ۶۷ مادری که در دوران بارداری و دوره نوزادی با مشکلاتی نظیر، سقط، مرگ داخل رحمی، مرده زایی و یا ناهنجاری جنینی در آن‌ها وجود داشت و قرار مصاحبه گذاشته شده بود، نهایتاً ۳۸ نفر در مصاحبه تلفنی شرکت کردند. علت عدم مصاحبه و یا انصراف واحدهای پژوهش دو نفر به علت ناراحتی زیاد از مصاحبه انصراف دادند، متأسفانه یکی از مادران مبتلا به بیماری قلبی که جهت مصاحبه قبل از سقط با او هماهنگ شده بودند حین سقط درمانی فوت نمود؛ و در ۲۶ مورد دیگر علل ریزش نمونه حاملگی مجدد (حامله بودن در حال حاضر) یا غلط بودن شماره تلفن و یا عدم پاسخگویی به آن بود.

میانگین سن زنان مورد مطالعه  $29/55 \pm 5/07$  سال (حدافل سن ۱۹ و حداکثر ۴۰) بود و میانگین سن همسران آنان  $33/89 \pm 5/4$  سال بود. ۷/۹ درصد خانم‌های شرکت کننده در این تحقیق بی سواد، ۱۰/۵ درصد ابتدائی، ۱۳/۲ درصد راهنمایی، ۲۳/۷ درصد متوسطه و دیپلم و ۴۴/۷ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. تحصیلات همسران زنان مورد مطالعه  $36/8$  درصد دانشگاهی،  $28/9$  درصد متوسطه، ۲۹ درصد ابتدایی و راهنمایی و ۲/۷ درصد بی سواد بود. شغل زنان مورد بررسی در ۷۳/۷ درصد خانه دار، ۱۸/۴ درصد شاغل و ۷/۹ درصد دانشجوی بود. میانگین تعداد حاملگی، زایمان و سقط به ترتیب  $1/12 \pm 2/07$  (حدافل ۱ و حداکثر ۵)،  $1/08 \pm 1/42$  (حدافل ۰ و حداکثر ۴) و  $0/75 \pm 0/76$  (حدافل ۰ و حداکثر ۳) بود. میانگین سن حاملگی هنگام زایمان یا ختم حاملگی  $32/32 \pm 2/43$  (حدافل ۶ و حداکثر ۴۲) هفته بود. میانگین سن نوزاد تا هنگام مرگ  $3/5 \pm 5/2$  (حدافل ۱ و حداکثر ۱۲) روز بود. شغل همسران زنان مورد بررسی ۵۰ درصد شغل آزاد، ۳۱/۶ درصد کارمند، ۱۵/۸ درصد کارگر و ۲/۶ درصد بیکار بودند.

از ۳۸ زن شرکت کننده در این تحقیق ۴۲/۱ درصد (۱۶ مورد) سقط جنین، ۷/۹ درصد (۳ مورد) مرگ داخل رحمی، ۲۶/۳ درصد (۱۰ مورد) مرگ دوره نوزادی، ۱۵/۸ درصد (۶ مورد) ناهنجاری جنینی - نوزاد و ۷/۹ درصد (۳ مورد) مرده زایی داشتند. ۷/۹ درصد واحدهای پژوهش سابقه نازایی را گزارش کردند.

در هنگام مصاحبه با مادران فقط دو نوزاد مبتلا به ناهنجاری‌های جنینی زنده و بقیه فوت نموده بودند. علل فوت نوزادان؛ نارس (۴ مورد)، آسپیراسیون (۲ مورد)، ناهنجاری‌های جنینی (۴ مورد) و عدم تشخیص (یک مورد) گزارش شد. اکثریت نوزادان و جنین‌ها در این مطالعه پسر (۶۶/۷٪) بودند

ناهنجاری جنینی در این مطالعه شامل دو مورد انانسفالی و ایکتیوز شدید، اکستروفی مثانه، سندرم پرون بلی، میکروسفالی، مننگوسل، آرتروگریپوز و بیماری قلبی هر کدام یک مورد بود.

از ۲۰ زن شرکت کننده در مطالعه که سابقه قبلی بارداری داشتند در ۶۱/۱ درصد (۱۱ مورد) کودک سالم، ۱۱/۱ درصد کودک زنده دارای مشکلات جسمی و یا ذهنی (۲ مورد)، ۱۱/۱ درصد (۲ مورد) مرگ کودک بعد از تولد، ۱۶/۷ درصد (۳ مورد) سقط جنین داشتند.

۶۸ درصد زنان مورد مطالعه معرفی روانشناس جهت مشاوره و ۴۸ درصد آنان مددکار اجتماعی را ضروری دانستند ۸۸/۲۰ درصد واحدهای پژوهش مخالفت خود را با اطلاع به وسیله تلفن اعلام کردند که از بین آن‌ها ۲۲/۲ زن خبر مرگ نوزاد خود را به صورت تلفنی اطلاع پیدا کرده بودند.

در مورد این سؤال که ترجیح می‌دادید اولین فردی که از مشکل نوزاد یا جنین شما اطلاع پیدا کند چه کسی باشد، اکثریت زنان مورد بررسی (۵۲/۸٪) ترجیح می‌دادند اولین دریافت کننده خبر خود باشند و موارد فامیل نزدیک (عمدتاً خواهر یا مادر)، (۲۳/۷ درصد)، و همسر (۲۲/۴ درصد) در اولویت‌های بعدی قرار داشتند.

اکثریت زنان مورد بررسی (۶۵٪) تمایل داشتند بعد از مرگ نوزاد یا تولد نوزاد ناهنجار او را ببینند و یا لمس نمایند که از این میزان ۱۵ درصد موارد آنان اجازه لمس و یا تماس با نوزاد را پیدا کرده بودند. از بین مادرانی که تمایل نداشتند نوزاد خود را لمس نمایند، یک نفر از آنان احساس پشیمانی و عذاب وجدان را گزارش نمود. ۶۱/۹ درصد مادران مورد مطالعه مخالف بستری شدن در اتاق مادران دارای نوزاد سالم اعلام نمودند. غالب مادران مورد مطالعه (۵۶٪) مخالف بستری شدن در اتاق خصوصی بودند، در حالی که ترجیح می‌دادند در اتاقی با بیماران با شرایط مشابه بستری شوند.

فرد اطلاع دهنده خبر بد به مادران به ترتیب پزشک (۶۰/۵٪)، اعضای خانواده (۱۵/۸٪)، ماما و پرستار (هرکدام ۱۰/۵٪) و کارگر بخش (۲/۶٪) بوده است. اما ترجیح مادران مورد مطالعه در رساندن خبر بد به ترتیب شامل پزشک (۵۱/۶٪)، پرستار یا ماما و اعضای فامیل شاغل در بیمارستان (هرکدام ۶/۵٪) و برای دیگران (۳۵/۵٪) صلاً اهمیتی ندارد که اطلاع دهنده خبر چه کسی باشد، بود ۴۵ درصد واحدهای پژوهش از صحبت کردن پرسنل با صدای بلند در مورد نوزاد آنان احساس ناراحتی شدید را گزارش نمودند. ۲۱/۴ درصد واحدهای پژوهش تمایل داشتند در هنگام زایمان جنین با مشکل شناخته شده، اعضای فامیل نزدیک در کنار آنان باشند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش تجربیات مادران از چگونگی و انتظارات آنان از دریافت خبر بد در ۵ درون‌مایه اصلی و ۲۵ درون‌مایه خلاصه شدند و درون‌مایه‌های اصلی و فرعی مرتبط با آن‌ها در جدول شماره یک خلاصه شده است.

جدول شماره (۱): درون‌مایه‌های اصلی و فرعی در انتقال خبر بد

شماره	درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی
۱	نحوه ارتباط	ارائه توضیحات کامل در مورد، تشخیص، علل احتمالی، درمان، پیش‌آگهی
		کلمات و جملات مورد استفاده توسط افشاء کننده خبر
		نحوه بیان (لحن پزشک یا سایر پرسنل، آرامش هنگام افشای خبر، زبان بدن ...)
۲	عوامل حمایت کننده	گرفتن هیستوری
		معرفی روانشناس
		معرفی مددکار اجتماعی
		هم‌دردی پزشکان و سایر پرسنل
۳	تسهیل کننده‌های پذیرش خبر	حمایت همسر و سایر اعضای فامیل و خانواده و دوستان
		مشاهده و تماس بین مادر و نوزاد فوت شده
		مشاهده عملیات احیا توسط مادر
		اجازه حضور همراه در حین زایمان
		ممانعت از تماس مادر با نوزاد متولد شده با ناهنجاری
		آماده کردن فرد و خانواده قبل از افشای خبر
		آگاهی دادن به همسر و سایر اعضای خانواده به منظور مقصر ندانستن مددجو

<p>محیط آرام و خصوصی هنگام افشای خبر و بعد از آن</p> <p>دفتر کار پزشک یا اتاق بیمار</p> <p>اتاق اختصاصی جهت مادران با مشکلات مشابه</p> <p>ممانعت از حضور سایر بیماران یا ملاقات کننده به اتاق مددجویان</p> <p>عدم حضور مادر دارای نوزاد سالم در اتاق مددجویان</p>	<p>ویژگی‌های محیط</p> <p>۴</p>
<p>انتقال خبر به صورت تلفنی یا حضوری</p> <p>انتقال خبر به صورت تدریجی و یا ناگهانی</p> <p>انتقال خبر هر چه سریع‌تر پس از وقوع یا شناسایی مشکل یا با تأخیر</p> <p>انتقال خبر توسط پرسنل (پزشک، پرستار و ماما)</p> <p>انتقال خبر توسط همسر، اعضای فامیل، دوستان</p> <p>انتقال خبر توسط سایر کارکنان بیمارستان (منشی، کارگر ...)</p>	<p>شخص و وسیله انتقال خبر</p> <p>۵</p>

یک وقت می‌پرسیدی چرا چیزی نمی‌گوئید، می‌گفتند، مگر فقط بچه توست، صد تا بچه دیگر اینجاست. دوست داشتم دکتر امیدواری بدهند، دوست داشتم از راه رسیدم جواب ما را بدهند با توضیحات مناسب نه با این لحن بد، مسئول اکو خیلی خوب گفت، جواب بدهند با لحن درست، نه به گونه‌ای که آدم از پا در بیاد ... این که پرفسور بود.

برقراری ارتباط مناسب، جملات بکار گرفته شده و زبان بدن و همچنین اعلام همدردی توسط پزشک هنگام افشای خبر بد یکی دیگر از موارد مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بود در این زمینه یکی از مادران مورد مطالعه که در هفته ۱۶ حاملگی به علت ناهنجاری جنینی ختم حاملگی برای او انجام شده بود چنین گفت: وقتی برای مراقبت‌های دوران بارداری رفتم، دکتر زنان برایم سونوگرافی نوشت. در سونوگرافی دکتر (نام دکتر) گفت ظاهراً بچه شما مشکل جزیی در شکم دارد، دو ماه دیگر دوباره مراجعه کن، اما خودم ترسیدم دوباره رفتم پیش متخصص زنان (نام شهر) دکتر گفت توی همین هفته برو سونوی سه بعدی، ۲۱ روز طول کشید تا سونوی سه بعدی انجام شد. در سونوی سه بعدی تنها بودم، بعد از چند سال نازایی، دکتر یکبارگی گفت مشکل بچه را ... (سکوت چند لحظه) آنقدر بد گفت، که فکر کردم خودم ...

دکتر سر تکان دادند، چشم غره رفتند، خیلی بد گفتند من ترسیدم، بعد یک دکتر دیگه کمی دلداری دادند به من، ای کاش توی آن بیست روزی که منتظر بودم آرام آرام می‌گفتند، ترجیح می‌دادم به خودم بگویند.

حمایت از مددجو و معرفی سیستم‌های حمایتی به همراه ارتباط مناسب با مددجو، توسط زنان مورد مطالعه به عنوان یک ضرورت مطرح شد در این زمینه یکی دیگر از مادران دارای فرزند ناهنجار گفت، با مریض همراه باشند، همراه نیاز دارد و بفهمند و درک بکنند هر موقع کسی این رابطه را برقرار کرد پرستار، پزشک،

ارائه توضیحات کامل اعم از زمان وقوع، علل احتمالی، اقدامات درمانی، راه‌های پیشگیری از وقوع مجدد به عنوان یک ضرورت توسط مددجویان مطرح شد به عنوان مثال خانمی ۳۶ ساله که به علت شروع دردهای زایمانی در هفته ۳۶ حاملگی تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته و بچه او مرده بود چنین گفت دکتر! توضیح ندادند، آخرش هم نمی‌دانم بچه مرده دنیا آمد یا زنده، بعضی‌ها می‌گویند بچه که به دنیا آمده، کیود بوده، احیا شده، دو ساعت زنده بوده و بعد مرده، بعضی‌ها هم می‌گویند مرده به دنیا آمده خیلی خوبه که اتفاقی که افتاده علت آن را بدانم بعد از گذشت چند ماه عذاب وجدان دارم، نکنه من کشته باشم گفتند بچه مشکل داره، نمی‌دانم دکتر! بچه را کشتند یا واقعاً مشکل داشت. مادران را واقعاً روشن کنند، حتی یک گمان، نه اینکه در موقع ویزیت ندانند من چه کسی هستم، آخرش من نفهمیدم ...

یک مادر دیگر که نوزاد خود با سن حاملگی ۲۸ هفته را ۵ روز بعد از تولد از دست داده چنین می‌گوید: دوست داشتم دکترش را ببینم و با دکترش صحبت کنم تا بدانم چه اتفاقی افتاده، آخر من چند بار رفتم سونو، گفته بودند مشکلی نیست. خانواده خیلی من را مقصر می‌دانند، من خیلی اذیت شدم، شوهرم می‌گفت تو راه رفتی استراحت نکردی، باعث مرگ بچه شدی، دکتر! باید برای خانواده توضیح کاملی بدهند.

یکی از مشارکت کنندگان در این مورد می‌گوید: من تا یک هفته خانه‌ام نرفتم تا کسی نباید خانه ما و از من سؤال بپرسد، پرسنل که سؤال می‌کنند مهم نیستند چون آن‌ها را دیگر نمی‌بینید.

یکی دیگر از مادران مورد مطالعه که نوزاد مبتلا به بیماری قلبی خود را در یکی از بیمارستان‌های شهر (نام شهر) از دست داده گفت: در غربت و تنهایی ... (آه و تأسف) هر کس باید یک لحظه باید خودش را جای من بذاره، پرسنل هیچی نمی‌گفتن، اگر

از نوع ارتباط دکتر خیلی ناراحت می‌شدم، فرصت نداد و گفت برو دعا کن بچه‌ات زنده نماند و بمیرد، خب خیلی علمی می‌گفت بچه ناقص است. خانم دکتر (نام دکتر) همراه من بود خدا را در نظر دارد، دکتر (من و اعصاب) خیلی راحت گفت این مثلاً نه بچه می‌شه نه چیز دیگری، فقط شکمش را پر کن بی‌خودی پول خرج نکن... اون‌ها در نظر بگیرند اون بچه ماست که این جوری در باره او صحبت می‌کنند.

و یکی دیگر از مشارکت کنندگان که خانمی ۳۵ ساله با سابقه چهار حاملگی که سه جنین خود را در هفته ۱۶ حاملگی به علل ناشناخته از دست داده بود گفت، مددکار اجتماعی لازم است ولی کمک نمی‌کنند گفتند چون بیمه هستید دیگر کمک نمی‌کنند پول آزمایش... (هزینه آزمایش را گفت) مردم خیلی بچه بارشان می‌ره، کسی را دارند، ماشین دارند، من هیچ چیز ندارم، شوهرم دستش خالی، من پیاده رفتم... چرا مشکل من را حل نمی‌کنن. مادر دیگری که دارای فرزند ناهنجار است گفت: پرسنل امیدواری بدهند، آرام آرام بگویند، پرسنل رحم ندارند، خودم وضعیت خیلی بدی داشتم یکی از کسانی که فکر می‌کردم پرستاره گفت بچه تو زندگی سختی داره، داره زجر می‌کشه، بعد متوجه شدم این خانم منشی است و پرستار نیست. پرسنل رحم ندارند، خیلی بی رحم هستند حمایت عاطفی از ما نشد نه... (اسم شهر) و نه (اسم شهر)

خانمی دیگری که نوزاد او به علت آسپیراسیون در منزل دچار مشکل شده بود و دقایقی بعد از ورود به بیمارستان به علت مؤثر واقع نشدن احیا، نوزاد خودش را از دست داده بود گفت دکتر خیلی خوب گفتند برایم توضیح دادند که اگر بچه هم می‌ماند عقب مانده می‌شد، شوهرم کمک کرد احساساتم را بیان کنم، رفتیم مسافرت برای حالت روحی و روانی خیلی خوبه. مادر شوهرم زن فهمیده و عاقلی است، خیلی ارتباط مناسب داشتند، اصلاً روی خودش نمی‌آورد. حفظ امنیت و حریم خصوصی بیمار، فراهم کردن محیط همراه با آرامش، ممانعت از تماس سایر بیماران از دیگر موارد مطرح شده توسط مشارکت کنندگان بود.

خانمی با سابقه سقط و نازایی چنین می‌گوید: دوست داشتم تنها باشم، مایل نبودم با خانواده صحبت کنم، همراهان سایر بیماران چیزی نپرسند، برخی اوقات با حالت ترحم و گفتن تسلیت و گاهی اوقات هم با خنده برخورد می‌کنند که باعث ناراحتی من می‌شد. رفتار پرسنل، صحبت کردن با صدای بلند زجر آور بود خیلی... (سکوت) هر چی می‌خواستم خودم را به کری بزنم نمی‌شد، دوست داشتم تا مدتی تنها باشم.

خانمی که به علت انانسفالی جنین ختم حاملگی برای او در نظر گرفته شده بود گفت، دوست داشتم جایی باشم که دیگران

نباشند، بقیه مریضا نباشند تا کسی توی روستا متوجه نشه، کامل شرایطی فراهم شود که همشهریان متوجه نشوند.

فراهم کردن شرایط جهت لمس و مشاهده نوزاد یکی دیگر از موارد مطرح شده توسط افراد مورد مطالعه بود. در این رابطه خانمی که فرزند خود را دقایقی بعد از تولد و پس از احیا از دست داده بود چنین گفت اجازه ارتباط با بچه‌ام را ندادند، خیلی دوست داشتم بچه را بغل کنم، اما با اصرار اجازه لمس و دیدن را دادند، هیچ وقت نمی‌بخشم کسانی که اجازه ندادندم بچه‌ام را بغل کنم، من فقط انتظار داشتم بچه را بغل کنم.

خانمی که یکی از سه قلوهایش را بعد از تولد از دست داده چنین گفت، اول دوست نداشتم بچه‌ام را که مرده ببینم ولی الان پشیمان هستم، کاش بغلش می‌کردم به خاطر این عذاب وجدان دارم.

### بحث و نتیجه‌گیری

زمانی که والدین برای تولد نوزاد و خانواده‌ها برای گرفتن جشن تولد آماده می‌شوند، کشف مرگ و مشکلات جنینی نوزادی غیر منتظره (ناهنجاری یا صدمات جنینی، سقط یا مرگ غیر منتظره جنین و یا نوزاد) در کنار عدم فرصت کافی پرسنل جهت کسب اطلاعات از والدین، افشای خبر بد می‌تواند به کابوسی برای پرسنل بهداشتی درمانی تبدیل شود.

نتایج مطالعه نشان داد اکثریت واحدهای پژوهش از عدم کفایت و یا عدم توضیحات لازم در هنگام دریافت خبر بد ناراضی بودند، ناراضی‌تری از چگونگی دریافت خبر بد در مطالعات مختلفی از جمله عبدالمقتر<sup>۱</sup> (۱۴) و بلو<sup>۲</sup> (۱۶) به آن‌ها اشاره شده است. اما نتایج مطالعات مارکوس-مارس<sup>۳</sup> (۱۷) علی‌رغم توضیح ناکافی در مورد تشخیص و یا عدم ایجاد فرصت جهت پاسخگویی به سؤالات والدین کودکان ناتوان، اکثریت واحدهای پژوهش از روش انتقال اطلاعات رضایت داشتند. علت تفاوت احتمالی بین نتایج این مطالعه با سایر مطالعات می‌تواند اختلافات فرهنگی باشد. میزان محتوای اطلاعاتی که پزشک باید ارائه دهد بر اساس شرایط هر بیمار متفاوت است عواملی مانند پیچیدگی درمان، خطراتی که با درمان‌های طبی و جراحی وجود دارد و خواسته‌های شخصی بیمار در این موضوع تأثیر گذار هستند. معمولاً کادر پزشکی میزان اطلاعات مورد نیاز بیماران را کمتر از حد واقعی در نظر می‌گیرند. برای مثال، در مطالعه‌ای که بر روی بیماران، پزشکان و پرستاران در بیمارستانی در نیورک انجام شد، ۷۲ درصد از بیماران گفته

<sup>۱</sup> Abdelmuktader

<sup>۲</sup> Bellew

<sup>۳</sup> Krauss-Mars

بودند که می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت آن‌ها برایشان گفته شود. در حالی که پزشکان گفته بودند ۴۲ درصد بیماران می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت برای آن‌ها گفته شود و پرستاران هم گفته بودند که ۴۰ درصد بیماران می‌خواهند تمام جزئیات برای آن‌ها گفته شود (۱). روسایم<sup>۱</sup> معتقد است بین آنچه بیماران می‌خواهند و آنچه که ارائه دهندگان مراقبت هنگام افشای خبر بد بیان می‌کنند، اختلاف وجود دارد (۱۸).

در این زمینه گورافار<sup>۲</sup> می‌نویسد پزشکان باید درک کنند که زمانی که بیمار ظرفیت شنیدن خود را در لحظات بحرانی ارتباط از دست می‌دهد اطلاعاتی که به آن‌ها انتقال داده می‌شود به طور کامل درک نمی‌شود که این مسئله می‌تواند در یک موقعیت نگران و دلسرد کننده در لحظه افشای خبر بد باشد. بنابراین پزشکان باید آگاه باشند که مفاهیم و آنچه که او می‌گوید بعداً به طور کامل درک می‌شود و او نباید فقط آنچه را که می‌خواهد بگوید، آماده نماید بلکه او باید تمام جنبه‌های که در این موقعیت او را درگیر می‌نماید در نظر بگیرد (۳).

نتایج پژوهش بیانگر آن است که اکثریت زنان مورد مطالعه تمایل داشتند در اولین فرصت ممکن و هرچه سریع‌تر از مشکل خود آگاهی پیدا کنند. نتایج مطالعات عبدالمقتدر (۱۴). لالور<sup>۳</sup> (۱۹) نیز یافته‌های پژوهش فوق را تأیید می‌کند. اما یافته‌های مطالعه آلکازاله<sup>۴</sup> (۲۰) نشان داد زنان مورد مطالعه او تمایل دارند فرصتی برای آنان فراهم شود تا از دوستان و یا اعضای خانواده بخواهند تا در هنگام افشای خبر بد آن‌ها را همراهی کنند. علت اختلاف نتایج آلکازاله با مطالعه حاضر هم می‌تواند به دلیل جایگاه خانواده در اسلام و همچنین در ایران باشد که بندرت زنان باردار به تنهایی در مراکز درمانی حضور پیدا می‌کنند و معمولاً یکی از اعضای خانواده نیز آنان را همراهی می‌کنند. لازم به ذکر است نتایج مطالعه آلکازاله نیز نشان داد زنان مورد مطالعه او که در حین سونوگرافی مشکل آنان شناسایی شده است تا زمان ارجاع به متخصص زنان صبر نمی‌کنند و تمایل دارند سریع‌تر از وضعیت نوزاد اطلاع پیدا کنند.

نتایج مطالعه نشان بخش قابل توجهی از والدین تمایل دارند با کودک خود پس از مرگ ارتباط نزدیک داشته باشند. یافته‌های این بررسی با مطالعات انجام شده در کشورهای غربی هماهنگی دارد اما مطالعات انجام شده در عربستان سعودی (۹) نشان داد مادران سعودی کمتر تمایل دارند با نوزاد فوت نموده خود را ببینند و لمس نمایند

می‌جالا<sup>۵</sup> (۲۱) می‌نویسد برخی از مادران نوزادان با ناهنجاری‌های مادرزادی تمایل دارند نوزاد خود را ببیند ولی برخی از آنان با دیدن نوزاد دچار ترس می‌شوند. نتایج مطالعات (۲۲) کاکسیاتور<sup>۶</sup> و رادستاد<sup>۷</sup> (۲۳) نیز بیانگر کاهش میزان اضطراب و افسردگی در مادرانی است که بعد از مرگ ارتباط نزدیک با کودک خود را داشته‌اند. اما نتیجه مطالعه هیوقس<sup>۸</sup> (۲۴) نشان داد افرادی که با نوزاد مرده خود بعد از تولد ارتباط نداشته‌اند، در حاملگی‌های بعدی افسردگی کمتر دیده شد لذا با توجه به نتایج مطالعات مختلف و انتظارات متفاوت بیماران توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی و درمانی دیدگاه مددجویان خود را بررسی و در صورت تمایل آنان، شرایط تماس بین مادر و کودک را برقرار نمایند.

نتایج پژوهش بیانگر عدم تمایل مادران از دریافت خبر به وسیله تلفن بود، نتایج مطالعات العبدی<sup>۹</sup> (۹) با نتیجه مطالعه فوق هم خوانی دارد در این زمینه گورافار می‌نویسد تلفن کردن می‌تواند افراد را در موقعیت‌های قرار دهد که پزشک نسبت به آن آگاهی ندارد (۳).

گرفتن شرح حال بلافاصله بعد از افشای خبر بد توسط پرسنل بهداشتی درمانی، توسط مادران دریافت کننده خبر بسیار آزار دهنده گزارش گردیده و اقاء کننده مقصر بودن والدین در وقوع حادثه برای جنین یا نوزاد می‌باشد. تاکنون در مطالعات انجام شده در سایر مناطق جهان چنین مشکلی گزارش نشده است؛ لذا توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی درمانی در چنین مواقعی از شرح حال‌های مکتوب در پرونده‌های بیماران استفاده نمایند و یا اخذ شرح حال را به فرصت دیگری موکول نمایند.

اکثریت واحدهای پژوهش از نحوه افشای خبر بد (لحن بیان، جملات بکار رفته و زبان بدن) ناراضی بودند. نتیجه مطالعه می‌جالا با این مطالعه هماهنگی داشت در این زمینه می‌جالا (۲۱) می‌نویسد برخی از والدین به علت موضع گیری دوگانه و ناآرامی کارکنان دچار آشفتگی می‌شوند و ممکن است آن‌ها احساس کنند به عنوان اعداد و ارقام و کیس‌ها درمان می‌شوند و نه به عنوان انسان تحقیقات نشان داده است که همدلی توسط ارائه دهندگان مراقبت مفید و مهم است که به والدین دریافتن و شناسایی منابع حمایتی روانی کمک نمود و آنان را جهت به اشتراک گذاردن تجارب خود با دیگران تشویق نمود. پزشکان نباید تصور کنند در تمام جنبه‌های انتقال خبر بد صاحب نظر و نسبت به تمام حقایق

<sup>5</sup> Maijala

<sup>6</sup> Cacciatore

<sup>7</sup> Rådestad

<sup>8</sup> Hughes

<sup>9</sup> Al-Abdi

<sup>1</sup> RUSSINM

<sup>2</sup> Guerra FAR

<sup>3</sup> Lalor

<sup>4</sup> Alkazaleh

آگاه هستند همچنان که آنان احساسات و محدودیت‌های زیادی دارند (۲۱).

قرار گرفتن مادران دارای فرزند ناهنجار یا نوزاد از دست داده در کنار مادران دارای نوزاد سالم توسط این مادران به عنوان تجربه‌ای تلخ گزارش شد. نتایج مطالعه میجالا (۲۱) نشان داد قرار گرفتن والدین با ناهنجاری‌های جنینی در اتاق انتظار پزشک همراه با سایر مادران در انتظار فرزند سالم یک تجربه زجرآور تلقی شده است؛ لذا پیشنهاد می‌شود مسئولین بخش‌های زنان و زایمان تدابیری اتخاذ نمایند تا مادران دارای چنین مشکلاتی در اتاق‌های جداگانه بستری شوند. زنان مورد بررسی ترجیح می‌دادند خبر بد در حضور همسرشان به آنان انتقال داده شود که با یافته‌های مطالعات انجام شده در عربستان و مصر هم خوانی دارد اما با نتایج مطالعه Van (۲۵) تفاوت داشت زنان مورد مطالعه او همسر یا پارتنر را ساکت، آرام، غیر صمیمی که از حمایت همسر خود امتناع می‌نمایند، توصیف کردند. که علت احتمالی متفاوت بودن دیدگاه زنان در مطالعات مختلف احتمالاً به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و یا مذهبی می‌تواند باشد. روابط خانوادگی منبعی از قدرت محسوب می‌شود. همراهی دو زوج در چنین موقعیت‌های بی‌نهایت مهم است. حضور هر دو والد در چنین موقعیت‌های که اطلاعات تشخیص در اختیار آنان قرار می‌گیرد، سبب کسب اطمینان و تضمین درک بهتر دو نفر از موقعیت فوق شده و آنان را در بحث، مذاکره و تصمیم‌گیری کمک می‌نماید. روال معمول خانوادگی آن‌ها را مشغول نگه داشته و به اشتغال ذهنی آنان در چنین موقعیت‌های کمک می‌نماید؛ لذا توصیه می‌شود پرسنل بهداشتی و درمانی شرایط لازم جهت حضور دو زوج به منظور پیشگیری از تنش‌های احتمالی بین آنان در هنگام افشای خبر بد فراهم نمایند (۲۱).

یکی تجربیات منفی مطرح شده توسط مادران در این مطالعه، صحبت کردن پرسنل با صدای بلند در مورد نوزادان دارای فرزند ناهنجار یا مرده متولد شده بود و بعلاوه آنان انتظار داشتند شرایطی فراهم شود که همسهریان آنان از مشکلات جنین یا نوزادان آنان مطلع نشوند. تاکنون در مطالعات انجام شده در سایر کشورها، چنین مشکلاتی گزارش نشده است که شاید مطرح کردن چنین مواردی توسط مددجویان مورد مطالعه وضعیت قومی و

فرهنگی جامعه پژوهش و آشنایی افراد با یکدیگر در شهرهای کوچک باشد. گرچه در مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز گزارش شده است خانواده‌ها در مورد چگونگی واکنش سایر مردم به این موقعیت‌ها، نگرانی بسیار شدید داشتند (۲۱)؛ لذا توصیه می‌شود مسئولین بخش‌های زنان و زایمان با اتخاذ تدابیری مناسب سعی نمایند شرایط را جهت تأمین این خواسته و حفظ حریم خصوصی مددجویان خود را فراهم نمایند.

مادران دارای نوزاد ناهنجار تمایل داشتند شرایطی فراهم شود تا آنان بتوانند با والدینی که نوزاد یا جنین آن‌ها مشکل مشابهی داشتند، ارتباط برقرار نمایند که با نتایج مطالعه میجالا هماهنگی دارد (۲۱).

این پژوهش با پرداختن عمیق به عوامل زمین‌های اثرگذار بر تجربیات مادران از دریافت خبرهای بد در دوران بارداری و پس از زایمان می‌تواند سیاست‌گذاران در حوزه آموزش پزشکی، معاونت آموزشی دانشگاه‌ها، مدیران و اعضای هیئت علمی گروه‌های آموزشی به ویژه گروه زنان و مامایی و اطفال و پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی را در تصمیم‌گیری‌ها و یافتن راه کارهایی برای بهبود و ارتقای آموزش در زمینه چگونگی انتقال خبر بد و تدوین طرح درس متناسب با فرهنگ زنان ایرانی کمک نماید. بازنگری در برنامه‌های آموزشی گروه‌های هدف و برگزاری کارگاه‌های آموزشی در رابطه با چگونگی انتقال خبر بد در دوره‌های آموزش مداوم می‌تواند بسیاری از مشکلات را در این زمینه حل کند. مسئولین بخش‌های زنان و زایمان تلاش نمایند محیطی آرام و ویژه چنین بیماران جهت بستری شدن این زنان فراهم نمایند. مسئولین بیمارستان‌ها با تدابیری حمایتی نظیر معرفی مددکار اجتماعی و روانشناس بالینی جهت این مددجویان سوگوار فراهم نمایند، تا بتوانند از میزان اضطراب و افسردگی و ... در این بیماران بکاهند.

## تقدیر و تشکر

از کلیه پرسنل بهداشتی و درمانی که با معرفی مشارکت کنندگان در پژوهش و مشارکت کنندگان در این تحقیق که بدون همکاری آنان انجام پژوهش غیر ممکن بود، بی‌نهایت سپاس گذارم.

## References:

1. managheb S, mohammadi M. Knowledge and Attitudes of Clinical Teachers, Family Physicians, and Medical Interns towards Giving Bad News, a

Study in Jahrom University of Medical Sciences.

Iran J Med Educ 2011; 11 (5): 436-43

2. Kazemi A. Medical Environment, Patient and Bad News. Strides In Development of Medical



- Education. J Med Educ Develop Center Kerman Univ Med Sci 2007;4(2): 133-9.
3. Guerra FA, Mirlesse V, Baião AE. Breaking bad news during prenatal care: a challenge to be tackled. Cien Saude Colet 2011;16(5): 2361-7.
4. Bloom M. Breaking bad news: parents' perspectives. Paediatr Nurs 2001;13(6): 16-20.
5. Saviani-Zeoti F, Petean Eb. Breaking bad news: doctors' feelings and behaviors. Span J Psychol 2007;10(2): 380-7.
6. Shakernia I, Nabavi SS. Relationship Between Job Satisfaction And Perceived Organizational Support With Organizational Commitment Among Traffic And Roads' Police Staff In Gilan Province (Police Job Satisfaction). Police Management Studies Quarterly (Pmsq) 2011; 5(4): 608-26.
7. Rahbar N , Ghorbani R , Moazen S , Sotoudehasl NA. Ssocation Between Spontaneous Abortion And General Health Condition. Iran J Obstetrics Gyneocology And Infertility 2010; 13(1): 7-12.
8. Kaempf JW, Tomlinson MW, Campbell B, Ferguson L, Stewart VT. Counseling pregnant women who may deliver extremely premature infants: medical care guidelines, family choices, and neonatal outcomes. Pediatrics 2009;123(6): 1509-15.
9. Al-Abdi SY, Al-Ali EA, Daheer MH, Al-Saleh YM, Al-Qurashi KH, Al-Aamri MA. Saudi mothers' preferences about breaking bad news concerning newborns: a structured verbal questionnaire. BMC Med Ethics 2011;12: 15.
10. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. J R Soc Med 2002;95(7): 343-7.
11. Park I, Gupta A , Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. J Emerg Trauma Shock 2010; 3(4): 385-8.
12. Meert KL, Eggly S, Pollack M, Anand KJ, Zimmerman J, Carcillo J, et al. Parents' perspectives on physician-parent communication near the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. Pediatr Crit Care Med 2008;9(1): 2-7.
13. Banihashemi K. Medical Ethics And Bad News Delivery To Patients. Ethics In Science & Technolog 2009.4(1-2): 115-30.
14. Abdelmuktader AM, Abd Elhamed KA. Egyptian mothers' preferences regarding how physicians break bad news about their child's disability: A structured verbal questionnaire. BMC Med Ethics 2012;13(1): 14.
15. Cowchock FS, Lasker JN, Toedter LJ, Skumanich SA, Koenig HG. Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. J Relig Health 2010;49(4): 485-97.
16. Bellew M, Kay SP. Early parental experiences of obstetric brachial plexus palsy. J Hand Surg Br 2003;28(4): 339-46.
17. Krauss-Mars AH, Lachman P. Breaking bad news to parents with disabled children--a cross-cultural study. Child Care Health Dev 1994;20(2): 101-13.
18. Rassin M, Levy O, Schwartz T, Silner D. Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. Cancer Nurs 2006;29(4): 302-8.
19. Lalor JG, Devane D, Begley CM. Unexpected diagnosis of fetal abnormality: women's encounters with caregivers. Birth 2007;34(1): 80-8.
20. Alkazaleh F, Thomas M, Grebenyuk J, Glaude L, Savage D, Johannesen J, et al. What women want: women's preferences of caregiver behavior when prenatal sonography findings are abnormal. Ultrasound Obstet Gynecol 2004;23(1): 56-62.

21. Maijala H, Astedt-Kurki P, Paavilainen E, Väisänen L. Interaction between caregivers and families expecting a malformed child. *J Adv Nurs* 2003;42(1): 37-46.
22. Cacciatore J, Rådestad I, Frederik Frøen J. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth* 2008;35(4): 313-20.
23. Rådestad I, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Onelöv E, Dickman PW. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery* 2009;25(4): 422-9.
24. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *Lancet* 2002;360(9327): 114-8
25. Van P, Meleis AI. Coping with grief after involuntary pregnancy loss: perspectives of African American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32(1): 28-39.

## MOTHERS EXPERIENCES ON HOW CARE GIVERS BREAK BAD NEWS ABOUT THEIR PERINATAL MORTALITY

Sereshti M<sup>1\*</sup>, Izadi A<sup>2</sup>

Received: 24 May , 2013; Accepted: 18 Aug , 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Breaking bad news to parents in perinatal periods is an especially difficult and important part of maternal education and counseling. This qualitative study aimed to explore maternal experience of delivering bad news by caregiver in perinatal periods.

**Materials & Methods:** This qualitative study were conducted in 2012 in Shahrekord, in –depth interviews with 38 mothers who had experienced a perinatal loss (abortion, miscarriage ,in-utero death, still birth, or death of a newborn within the 28 day of life) within the last 2 years. The data was collected through the use of open interviews and analyzed by content analysis method.

**Results:** The data analysis resulted in emerging 5 themes of maternal preferences for how to deliver bad news. Methods of communication, who disclose bad news, supporting, environmental and facilitating items were important factors for mothers during breaking bad news in prenatal periods.

**Conclusion:** Results of this study showed some light on what is important to women who face bad news in perinatal periods. Although more researches are needed in this field. We hope that our results assist health care provider in establishing guidelines for the effective communication during breaking bad news.

**Key words:** Bad news, maternal experiences, perinatal mortality, congenital malformation

**Address:** shahrecord, rahmteah, shahrecord medical sciences university, nursing and midwifery faculty, midwifery department

**Tel:** (+98) 9131838438

**Email:** m\_sereshti@yahoo.com

<sup>1</sup> PhD Student in reproductive health, Department of midwifery, The International Branch of Behesti University of Medical Sciences and Health Services (Corresponding Author) \*

<sup>2</sup> Assistant professor, Education Center of Imam Hussein University, Tehran, Iran